

特別養護老人ホームにおける問題発生時の解決手順についての考察

The Consideration of Solution Procedures when Problems Occur in Special Elderly Nursing Homes

中 野 一 茂

Kazushige NAKANO

要約

特別養護老人ホームでは、利用者の日々のニーズに応えるため、介護職員同士のチームを形成して介護業務を行っている（チーム型業務遂行形態と称する）ところがほとんどである。しかしながら、チームで介護業務を行い、同じ内容の利用者、介護業務の情報を受け取っているにもかかわらず、その後、職員の認識や対応にズレが生じて、利用者側からのクレームや職員による介護事故が発生するケースも少なくない。本論文では、S施設の事例研究に基づいてチーム型介護において、それぞれの介護職員の認識や対応にズレが生じる要因について考察を行う。

結果として、当日の職員の欠員状態、心身の状態によっても問題解決に影響がでてくることと、多重課題）が要因として考えられ、多重課題に関してはマニュアルの整備、職員研修等では補えない要因であるということが、今回の事例から示唆された。

キーワード：特別養護老人ホーム、多重課題、リスクマネジメント、コミュニケーション
エラー

目次

緒言

I 調査研究の目的と方法

1 目的

II S 施設における事例の概要及び介護職員の聞き取り記録

1 事例調査の方法

2 事例の概要

3 事例発生当日の経緯

4 当日の介護職員の心身状態と事例についての聞き取り記録

III 事例の考察

1 介護職員の状況

IV 考察

V おわりに

VI 今後の課題

緒言

現在の特別養護老人ホームでは、介護職員同士のチームを形成して介護業務を行っている。(以下、チーム型業務遂行形態と称する¹⁾) ところがほとんどである。チームでは情報の伝達がスムーズに行われることを条件とするが、チームで介護業務を行い、同じ内容の利用や介護業務の情報を受け取っているのにもかかわらず、その後、職員の認識や対応にズレが生じて、利用者側からのクレームや職員による介護事故が発生するケースも少なくない。

本論文では、S 施設の実例研究を基にチーム型の介護において、それぞれの介護職員の認識や対応のズレが生じる要因について考察する。

I 調査研究の目的と方法

1 目的

次のような目的で調査研究を行う。

- 1) 介護職員同士でどのように利用者や業務に関する情報の共有化が計られているかその上で対応や情報の認識のズレがどのように生じていたのかを考察する。

2) 用語の定義

本論文で使用する「チーム」とは、介護職員同士で介護業務を行っていくチーム型業

務遂行形態を指す。「情報」とは、介護職員が業務遂行に必要なものを指し問題とは、日常業務と違い、突発的に起った出来事を指す。（本論文の事例では眼鏡の損壊のこと）

また、介護職員間で、間違った情報の伝達や必要な情報が伝わらないことを「コミュニケーションエラー」とする。²⁾

3) 調査の実施対象施設

調査施設を B 県 B 市に設置されている指定介護老人福祉施設 S とした。

4) 調査の実施主体

筆者と S 施設介護職員が共同で行った。

5) 調査時期

事例発生日より、約 2 週間かけて事例に関しての調査を行った。

6) 施設の概要

S 施設は平成 13 年に設立された、4 階建ての施設であり入所定員は 50 名、短期入所生活介護事業定員は 15 名である。1F には事務所と食堂があり、2F 以降が入所施設となっている。2F は、生活の一部を支えるだけで施設生活ができる入所者が利用し、3F は主として認知症状の見られる入所者が利用し、4F は重度の身体介護が必要な入所者が利用している。介護職員は 1 ヶ月ごとに設定される業務分担表によって、フロアに配置される。職員間の連絡は、施設内 PHS を使用する。

職員の勤務形態と人員配置は表 1 のとおりである。

表 1

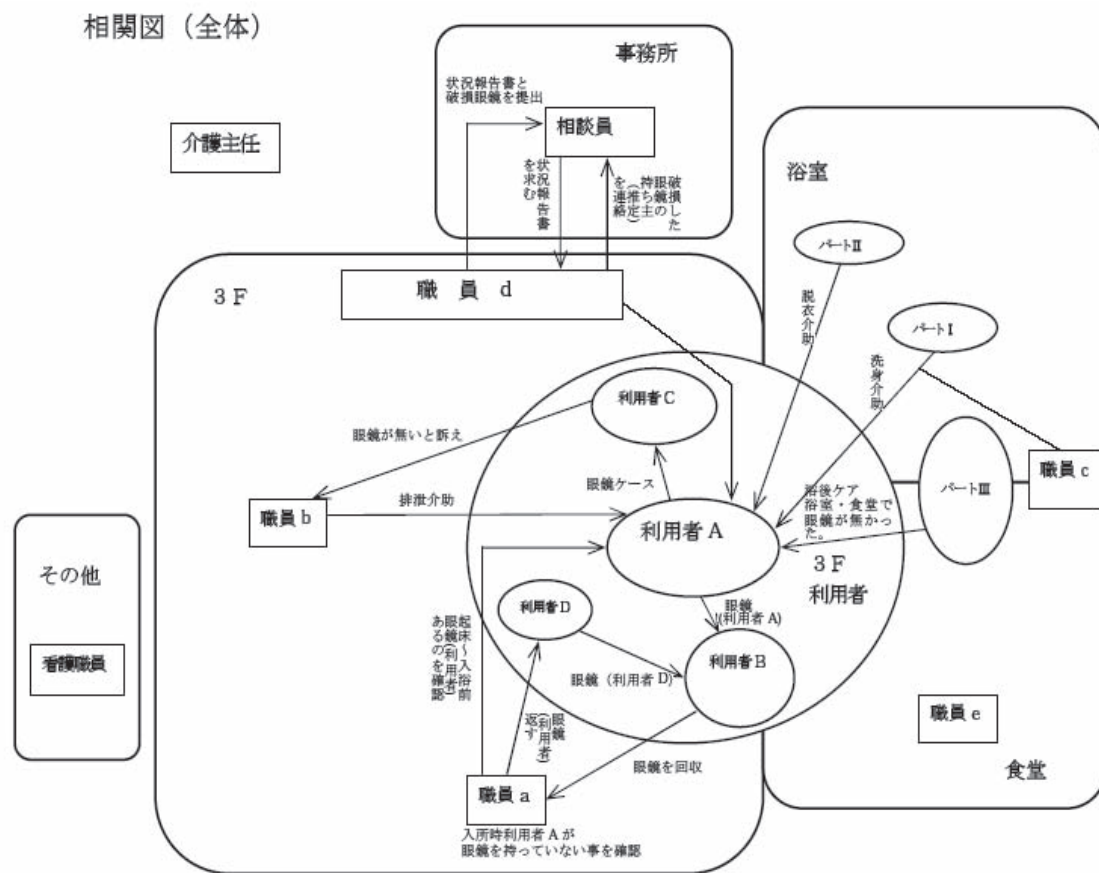
勤務形態		施設の人員配置
早 出	7:30 ～ 15:50	施 設 長 1 名
日 勤	9:45 ～ 18:05	事 務 長 1 名
遅 出	11:00 ～ 19:20	生活相談員 2 名
夜 勤	17:45 ～ 10:25	事 務 員 1 名
	介護職員 2 名	栄 養 士 1 名
	看護職員 1 名	看 護 職 員 7 名
	宿 直 1 名	介 護 職 員 27 名（パート職員 14 名を含む）

II S 施設における事例の概要及び介護職員の聞き取り記録

1 事例調査の方法

- 1) 職員に聞き取りを行い、その際に当時を時系列的に振り返ってもらった。

2 事例の概要



1) 状況（関連図参照）

昼食時、ショートステイサービス（短期入所生活介護）利用者 B が手にされていた眼鏡が壊れ、その旨相談員へ報告する。（後に壊れた眼鏡は利用者 A のものと判明し誤報とわかる）状況報告書を相談員へ提出する。報告書の内容は、壊れた眼鏡が利用者 A のものと判明ということが、簡単に記されたものだった。

2) 問題発生、年月日 2006 年、11 月

3) 関係職員

夜勤明：職員 a、早番 3F：職員 b、早番 4F：職員 c

日勤 3F チームリーダー：職員 d、4F：職員 e

非常勤職員：パート I、パート II、パート III

4) 当日の日課

当日の日課は、表 2 のとおりである。

表 2

関係職員		この日の日課	
夜勤明	職員 A	AM	3F 女性一般浴
早番 3F	職員 B		
早番 4F	職員 C		
日勤 3F (チームリーダー)	職員 D	PM	2・4F 女性一般浴 13:30～インフルエンザ予防接種 (職員) *14:00 開始予定であった 16:00～行事班会議 (業務時間内) 職員 B、職員 C 出席
日勤 4F	職員 E		
非常勤職員	パート I		
	パート II		
	パート III		

3) 利用者について

表 3 のとおりである。

表 3

	利用者 A	利用者 B
年 齢	89 歳	96 歳
性 別	女性	女性
介護度	3 (入所時 2)	3
認知度	中度	中度
既往歴	高血圧症	胆石 (約 15 年前)
ADL	食事自立 その他一部介助を要する	歩行、食事等自立
特記事項	①日中はデイルームで過ごす事が多いが、ご自分で居室に戻ってベッドに横になっている事がある	①徘徊みられ自宅ではよく転倒する (施設では転倒歴なし)
	②眼鏡を自分で外し、どこかへしまいが、しまった場所を覚えておらず、普段は眼鏡をはめたりしていなかったりの状態	②収集癖あり

3 事例発生日の経緯

当日の経緯については、表 4 のとおりである。

表 4

時期	職員 a	職員 b	職員 c	職員 d	その他
起床 9 時 入浴前	利用者 A が眼鏡をかけていることを確認 A が眼鏡をかけていることを確認 利用者 B が利用者 d の眼鏡をかけていたため、本人に返却する	利用者 C が「眼鏡がない」と騒いでおり、胸ポケットに眼鏡ケースのみ確認		(眼鏡ケースに記名がないが A の居室でみたことがある。)	

時期	職員 a	職員 b	職員 c	職員 d	その他
入浴時		浴室に入った時は A は出たあとだった。	覚えていない		覚えていない（パートⅠ・Ⅱ） 台車の上には A の眼鏡はなかった。（パートⅢ）
入浴後				居室で A を起こした時眼鏡はなかった。	B が落とし壊れた眼鏡を相談員に見せにいくことを E に報告する。（パートⅢ）
昼食時	眼鏡が壊れた件について話し合う		（眼鏡が壊れた件を知るが他の業務をしていた）	眼鏡が壊れたとパートⅢより報告をうける	
13 時	入所時ファイルの荷物欄に眼鏡がないことを確認	眼鏡が壊れた件について話し合う（入所時 B は眼鏡をしていなかった） A の居室で眼鏡をさがし、ないことを確認		眼鏡が壊れた件について話し合う 入所時ファイルの荷物欄に眼鏡がないことを確認 A の居室で眼鏡をさがし、ないことを確認 相談員のところで壊れた眼鏡をもらい誰のものか確認する 相談員に連絡 状況報告書と眼鏡を相談員に提出	

※補足

- ① 介護職員の業務を中心とした事例のため、利用者の記述は、最小限にした。
- ② 関係者の敬称は省略とする。

4 当日の介護職員の心身状態と事例についての聞き取り記録

【日勤 3F チームリーダー担当、職員 d】

パート職員から報告を受け、眼鏡の確認をすることなく自分の思い込みで利用者 B の物と断定してしまった。

- 1) 眼鏡が壊れてしまった事だけに関心が向きそれ以上の事は考えられず、それに伴うリスクに関しても、事の重大さに気付いていなかった。そのため状況報告書の内容も簡単なものになってしまった。
- 2) 入浴時に眼鏡の有無の確認をしなかったのは、皆で話し合っていた為、全ての情報を提供してくれているものと思い込んでいた。
- 3) 今回の件では、誰にも相談せず相談員がどうかしてくれるだろうと委ね、自分の思い込みで行動してしまった。なるべく意識して、職員と協力して仕事をしていたつもりだったが、心のどこかできっと誰かが何とかしてくれるだろうという甘えもあり、問題解決していく気持ちが薄れてしまった。

【早番 3F 担当、職員 b】

- 1) 当日、自分のインフルエンザ接種時間が 30 分早まる。(14 時から 13 時 30 分に)
- 2) 遅番不在(職員欠員状態)
- 3) 午後から始まる行事班会議が気がかりであった。
- 4) 朝から頭痛がひどく、薬を飲んでいた。
- 5) 当日、慌ただしい状態であり、大変な事(眼鏡の弁償に関して)があった意識はあったが、気が散って疎かになってしまった。

自分の仕事(行事の企画)を行いたい気持ちが強くあり、結果的に、日勤リーダーに全て任せてしまった。あとから考えると行事班会議には当日、行事担当の介護職員が 2 人居たのでどちらか一人が出席し、もう 1 人は眼鏡の件のフォローにまわれば良かったのではないかと思う。

- 6) 自分の体力を過信しすぎており、無理なスケジュールをたててしまったが、その結果日勤リーダーのフォローも出来なかった。

【早番 4F 担当、職員 c】

- 1) 眼鏡が壊れた件に関して、利用者 B 本人の物と思っており自分で壊したから、仕方ないと思い、余り重大にはとらえなかった。(人の命に関わるのではなく物損だからまだ良いと思った。弁償に関しては職員が関わっていないので必要ないと考えた。その後の処理については※ 1 それ程気にならなかった。)
- 2) ※ 1 の理由としては他の事が気になっていた為である。(行事運営について相談員との連携うまくいかず、日頃からストレスを抱えていた)
- 3) 3F の件なのでリーダーに任せてしまった。職員全員で対応しなくても他の入所者の為にも当事者以外は業務をしていかなければいけないと思った。
- 4) 自分の楽観的な性格であるため事態を軽くみるところがある。人命に関わっていないのでその時はその対応でよいと思ってしまった。利用者 B に対しては、申し送りを聞いていたにも関わらず、認知症があり、物品の管理が難しいという認識はその時はなかった。
- 5) 行事担当の準備で忙しい時期であった。
 - a) 補足 事例に深く関わった職員のみとした。

Ⅲ 事例の考察

1 介護職員の状況

- 1) 事例発生時のチーム(日勤)リーダーの判断について

当日、発生時点でチーム(日勤)リーダー担当の職員が自分の判断で眼鏡の所有者を

特定してしまった。結果、事実誤認が起こって相談員に間違った報告がされた。S 施設ではこのような場合、現場で検証作業を行うようにと、取り決めがされていた。

2) b 職員について

介護職員の心身の状態と事例についてのふり返りの記録にある通り、肉体的な疲労と業務の煩雑さが原因で、十分に役割を果たなかった。当日、b 職員の普段の状態（ふり返りの記録参照）対応をしていれば、事態の経過は違っていたのではないかと考える。

3) 職員 c の状況判断について

職員 c の判断は、自分の主観的な判断で、事態に対応していたことが、介護職員の心身の状態と事例についてのふり返りの記録から、読み取れる。

4) 問題解決の手順について

食堂での場面で眼鏡を回収したものの、利用者 B の眼鏡ではなく、利用者 A の眼鏡であるという事が職員間のコミュニケーション不足から指摘ができなかったため問題の発見ができなかった。

本来、眼鏡を発見したパートⅢから報告を受けた職員 e から、その日 1 日を総括する日勤リーダーの職員 d に報告し、問題が起きてから解決するまで、日勤リーダーが役割として情報や状況の全てを把握する事ができるようにしなくてはいけないが、職員 e から職員 d への連絡・報告がなかったことから分る様に、何か起こった時には「まずは日勤リーダーに報告する」という報告する手順は決まっていたが、徹底されていなかった事が要因として考えられるのではないかと考える。

食堂での出来事（場面）という事で、眼鏡の件以外にも食堂での配膳や下膳、食事介助といった通常業務があり、同時刻で同時進行の仕事が重なっていた事が容易に推測できる。

また食事の次の業務にはすぐ排泄介助があり、その後、職員は休憩に入るので、次の職員に仕事を引き継ぐため、時間内に仕事を終えなければならないという気持ちの焦りがあった。報告を行うことよりも効率的に仕事を終えたいという気持ちが表面化してしまい、また食堂での通常業務を終えて、次に仕事を引き継ぐ職員に迷惑をかけないようにしたいという考えが勝ってしまったので「報告する」という重要な行為が軽視された可能性がある。

食堂の場面において、パートⅢから報告を受けた職員 e から日勤リーダーである職員 d には、たとえ食堂の業務を中断したとしても、少しでも早く相談員へ問題の情報を流し、情報を 1 カ所にまとめ、問題解決の手順を確立すべきだったと考える。

5) 「職員の心理状況」と「思い込み」について

最初に、当日の職員の心理状況について着目してみた。早番 3 の職員 b は、朝から頭痛がひどく薬を服用。予定より 30 分早く始まった介護職員の予防接種。行事の企画（自

分の仕事)を行いたい。という状況下で仕事をしていた。

早番4の職員cは、行事担当の準備で忙しい時だった。またレクリエーションについて日頃から相談員との連携がうまくいかず、ストレスを抱えていた。

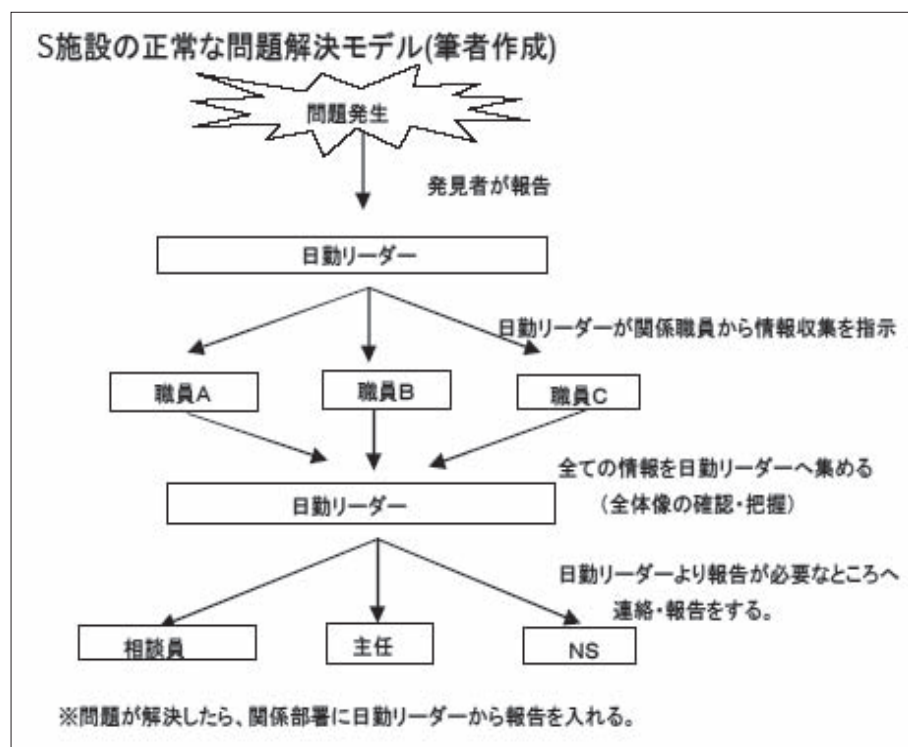
今回、チームメンバーである職員bと職員cのどちらも心理的に余裕があるとは言えず、コミュニケーションエラーを起こしやすい状況であり、問題の発見指摘、修正を行えたとは思えない。

職員個人のスケジュール管理や体調管理、精神状況などもコミュニケーションエラーを、起こす要因のひとつになると考える。

次に「思い込み」について考える。通常業務を行いながらでは的確に問題に対応する事は難しい。次に、「眼鏡を相談員に渡した」とパート職員から日勤リーダーである職員dに報告をした際に曖昧なコミュニケーションしか取っていなかった為、日勤リーダーである職員dの「思い込み」で、利用者Bの眼鏡と断定してしまい、他の職員との情報の共有や、認識にずれが生じたまま行動を起こしてしまったことが2つ目の要因として考えられる。

この時、一緒に働く仲間(チームメンバー)と曖昧な言葉を使わずに時間を割いて情報の伝達を行って入れば、他のチームメンバーによって、問題の発見→指摘→修正という形で問題が表面化せず、結果的に問題発生を回避できたのではないかな。

下記にS施設の勤務形態に合わせた問題解決モデルを筆者が、フローチャート式に作成してみた。



IV 考察

事例の考察を仮説と関連づけて、まとめると以下のとおりである。

問題が、発生した時点で、情報を受け取った介護職員の認識（この事例の場合は器物損壊に対しての判断基準）に隔たりがあるため、要因特定や問題解決に時間がかかったこと。

チーム型業務遂行形態をとっていても、当日の職員の欠員状態、心身の状態によっても問題解決に影響がでてくる。（介護職員聞き取りの記録参照）

今回の事例から明らかになった様々な要因の中でも、介護業務がひとりの職員に対して業務内容が多岐にわたっていること、それを時間的な余裕がない状態で時系列に同時進行しなければいけない、いわゆる、多重課題³⁾とコミュニケーションエラーが最大の要因と考えられる。

この多重課題について、橋本ら⁴⁾の研究では、多重課題遂行中の生理的な反応を検証して主課題への影響を可能性として示唆している。また、幸島ら⁵⁾の研究は、タイムプレッシャー（時間的圧迫感）と意思決定作業の関係を調査しているが、結果は意思決定作業において、タイムプレッシャー（時間的圧迫感）が影響を与えている可能性が示唆されたとしている。以上のように、多重課題・コミュニケーションエラーが単にマニュアルの整備、職員研修等では補えない要因であるということが先行研究^{1) - 5)}からも窺われる。このことは本事例からも示唆された。となると施設において、職員個人の教育と共に「時間的な余裕」というキーワードで業務のタイムスケジュール、介護業務の手順の見直しなどが、多重課題・コミュニケーションエラーの防止の観点から取り組む必要があるといえる。

V おわりに

特別養護老人ホームは、従来の措置制度から契約に基づく介護保険制度へと移行することにより、施設での管理責任なども問われる時代となった。

また、平成 18 年 4 月 1 日から改正介護保険法が施行されることに伴い、介護老人福祉施設サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（以下、指定基準と略する）等の 1 部を改正する省令が平成 18 年 3 月 14 日に公布され、そのなかに「事故発生の防止」が明確に位置づけられ事故の発生又はその再発防止のため、具体的措置を講じなければならないこととされた（指定基準第 35 条第 1 項第 1 号～第 3 号）。

この介護事故について、今回の調査研究で明らかになった多重課題、コミュニケーションエラーという要因に介護職員側から着目するべきではないか。

介護事故の問題は特別養護老人ホームなどの施設・職員の立場から喫緊の問題としてとらえられているが、関連する諸要因の分析は介護福祉学などの先行研究⁶⁾において充分

に行われているとはいいい難い。そこで他の分野などから、参考にしていくことなども必要だと考える。

VI 今後の課題

本事例の調査は、わずか、1例についての考察である。しかしながら今回の考察で明らかになった、幾つかの課題については、再度、調査研究で検証していきたいと考えている。

【引用文献】

- 1) 森本寛訓「高齢者施設介護職員の精神健康に関する一考察—職務遂行形態を仕事の裁量度の視点から捉えて」『川崎医療福祉学会誌』第13巻2号、2003年、263~269.
- 2) 山内桂子「ヒューマンエラー防止学(20) 医療におけるヒューマンエラー(2)」『働く人の安全と健康』第54巻8号、2003年、793~795.
- 3) 山内桂子「医療事故とコミュニケーション(特集 医療事故を防ぐために「コミュニケーションエラー」「エラー回復」という概念)」『看護』第56巻、2号、2004年、40~42.
- 4) 橋本正浩・三宅晋司・苗鉄軍他「短期記憶課題付加にともなう多重課題遂行中の生理反応の変化」『九州人間工学』第24号、2003年、8頁.
- 5) 辛島光彦、山崎寛享「タイムプレッシャーに関する時間評価からの一考察」『九州人間工学』第22号、2001年、24~25頁.
- 6) 福島忍：介護福祉学研究の現状と課題. 長野大学紀要、第27号 2005年、233-244.

【参考文献】

- ・松岡千代・石川久展「チームワーク認識に関する研究—自記式質問紙を用いた専門職間比較—」『香川県立医療短期大学紀要』第2巻、2000年 17~24 頁
- ・三好禎之「指定介護福祉施設における介護職員の入所者情報の共有化に関する現状と課題—B 施設の施設調査を通して—」『名古屋柳城短期大学研究紀要』第24号、2002年、179~196 頁
- ・西元勝子・杉野元子『看護チームの育成と運営. 第1版』医学書院、1985年
- ・西元勝子・杉野元子『固定チームナースング第2版』医学書院、2005年
- ・嶋森好子・増子ひさ江・外谷、憲子他：医療安全とコミュニケーションを考える(4) コミュニケーションエラーの背景要因として「思い込み」に注目する. 看護管理、14、2004年 60-64.